

ปัจจัยของมะเร็งลิ้นที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

สุริยา ศิริอาชากุล พ.บ.

โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี 15000

Abstract : Factor Predicting Occult Metastasis of the Cervical Lymph Node in Tongue Cancer

Siriarechakul S

Lopburi Cancer Hospital, Mueang Lop Buri, Lopburi, 15000

(E-mail: Catsurattaya@hotmail.com)

The squamous cell carcinoma of the tongue is a common cancer in oral cavity. Occult cervical lymph node metastasis in tongue cancer is high approximately 20.0%. Lymph node metastasis is the strongest predictor of prognosis in head and neck cancer even clinically N0. This retrospective and prospective study aimed to predict the factors of occult metastasis of cervical lymph node (clinical N0) in squamous cell carcinoma of tongue. Eighty patients with clinically N0 who had been treated with partial glossectomy combined with elective neck dissection at Lopburi Cancer Hospital from August 2009 to October 2015 were recruited. The data were reviewed including demographic data, stage of tumor, cervical lymph node metastasis and pathologic finding; degree of differentiation, tumor thickness, tumor size and lymphovascular invasion. The results revealed that 35 patients (43.8%) had occult cervical lymph node metastasis, and 45 patients (56.2%) had no cervical lymph node metastasis. The factors associated with occult cervical lymph node metastasis were statistically significant in degree of differentiation ($p=0.004$), tumor thickness ($p=0.004$), tumor size ($p=0.003$) and lymphovascular invasion ($p=0.006$). From this study, we can predict the factors of highly occult metastasis of cervical lymph node in tongue cancer, so a useful plan of treatment of the squamous cell carcinoma of the tongue with clinical N0 was established.

Keyword : Tongue cancer, Cervical lymph node metastasis, Tumor thickness, Tumor size, Degree of differentiation, Lymphovascular invasion

บทคัดย่อ

มะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งช่องปาก พบว่าโอกาสในการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคามีสูงถึงร้อยละ 20.0 โดยการพยากรณ์โรคของมะเร็งศีรษะและลำคอขึ้นอยู่กับ การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ถึงแม้จะคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจากการตรวจร่างกาย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังและไปข้างหน้า มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ที่กลุ่มงานโสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2558 มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 80 ราย โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง การกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ pathologic finding ได้แก่ degree of differentiation, tumor thickness, tumor size และ lymphovascular invasion ผลการศึกษา มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ 35 ราย (ร้อยละ 43.8) และ ไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ 45 ราย (ร้อยละ 56.2) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ degree of differentiation ($p=0.004$), tumor thickness ($p=0.004$), tumor size ($p=0.003$) และ lymphovascular invasion ($p=0.006$) จากผลการศึกษาทำให้

ทราบถึงปัจจัยในการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาในการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้น โดยตรวจร่างกายคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโต

คำสำคัญ : มะเร็งลิ้น การแพร่กระจายไปต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ความหนาของมะเร็ง ขนาดของมะเร็ง ระดับการเปลี่ยนสภาพของเซลล์ การลุกลามเข้าระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด

บทนำ

มะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งช่องปาก¹⁻² โดยมะเร็งช่องปากพบได้ร้อยละ 5 ของมะเร็งทั้งหมดในร่างกาย³⁻⁴ สาเหตุของมะเร็งช่องปากส่วนใหญ่เกิดจากการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์⁵ การรักษามะเร็งช่องปากมีการรักษาหลักคือการผ่าตัด รังสีรักษา และเคมีบำบัด โดยการพยากรณ์โรคของมะเร็งลิ้นขึ้นอยู่กับ การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ถึงแม้จะคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอโตจากการตรวจร่างกายก็ตาม⁶⁻¹² และยังขึ้นอยู่กับ การกลับมาเป็นซ้ำของมะเร็งที่ลิ้น ดังนั้นการผ่าตัดและต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอร่วมกับการผ่าตัดลิ้นจึงเป็นการรักษาตามมาตรฐานของโรคมะเร็งลิ้น เนื่องจากพบว่าโอกาสในการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคามีสูงถึงร้อยละ 20¹³⁻¹⁹

มีหลายผลการศึกษาที่พยายามประเมินปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอและมีผลต่ออัตราการรอดชีวิต²⁰⁻²⁴ เช่น ความหนาของมะเร็ง การลุกลามเข้าสู่ระบบน้ำเหลืองและหลอดเลือด ขนาดของมะเร็ง ระดับการเปลี่ยนแปลงสภาพของเซลล์ เพื่อใช้ประเมินความจำเป็นในการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้น อย่างไรก็ตามการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอยังคงเป็นการผ่าตัดที่แพร่หลายและเป็นมาตรฐานสำหรับโสตศอนาสิกแพทย์ในการรักษามะเร็งลิ้น

การศึกษาของ Trehan²⁰ ในปี 2015 ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังในผู้ป่วย 140 ราย เรื่องปัจจัยของมะเร็งช่องปากที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ degree of differentiation และ tumor thickness ส่วน tumor size ไม่มีความแตกต่างกันของมะเร็งช่องปากที่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

การศึกษาของ Alkaisi²¹ ในปี 2014 ศึกษาแบบย้อนหลังและไปข้างหน้าเกี่ยวกับปัจจัยของมะเร็งช่องปากชนิด squamous cell carcinoma ที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วย 80 ราย พบว่า tumor thickness เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน tumor location, tumor size, degree of differentiation, lymphovascular invasion ไม่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

การศึกษาของ Goldson²² ในปี 2010 ศึกษาแบบย้อนหลังเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งศีรษะและลำคอแบบ squamous cell carcinoma ไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วย 234 ราย พบว่า degree of differentiation, lymphovascular invasion, T stage มีผลต่อการกระจายของมะเร็งศีรษะและลำคอไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ Haksever²³ ในปี 2012 ศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังเรื่องปัจจัยของมะเร็งช่องปากชนิด squamous cell carcinoma ที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วย 50 ราย พบว่า degree of differentiation และ tumor thickness มีผลต่อการแพร่กระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน tumor size ไม่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

การศึกษาของ S²⁴ ในปี 2014 ศึกษาแบบย้อนหลังเรื่องปัจจัยของมะเร็งที่ลิ้นระยะที่ 1 ที่มีผลต่อการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วย 57 ราย พบว่า tumor thickness มีผลต่อการแพร่กระจายของมะเร็งที่ลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วน degree of differentiation และ tumor size ไม่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งช่องปากไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ เพื่อที่จะทราบถึงปัจจัยในการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ และมีผลต่อการพยากรณ์โรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลิ้น

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังและไปข้างหน้าในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นที่ตรวจร่างกายไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่ลำคอโต และได้รับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอที่กลุ่มงานโสตศอนาสิก โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี ตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2558 โดยผู้ป่วยทั้งหมดได้รับการผ่าตัดโดยโสตศอนาสิกแพทย์ 1 คนซึ่งเป็นคนเดียวกัน เกณฑ์การคัดเลือกเข้าคือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลิ้นโดยตรวจร่างกายคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอโตและได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ 2) ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิด squamous cell carcinoma เกณฑ์การคัดเลือกออกคือ 1) ผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดบริเวณศีรษะและลำคอก่อน 2) ผู้ป่วยที่เคยได้รับการฉายแสงบริเวณศีรษะและลำคอก่อน มีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ทั้งหมด 80 ราย ที่ถูกนำมาใช้ในการศึกษานี้ โดยเก็บข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระยะของโรคมะเร็ง การกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ pathologic finding ได้แก่ degree of differentiation, tumor thickness, tumor size, lymphovascular invasion ข้อมูลทั้งหมดจะถูกบันทึกลงในโปรแกรม excel วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS การวิเคราะห์ใช้ Chi-Square tests โดยกำหนดให้ p-value ≤ 0.05 เป็นค่ามีนัยสำคัญทางสถิติ

ผล

ผู้ป่วยมะเร็งลิ้นที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลมะเร็งลพบุรีด้วยการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2552 ถึงเดือนตุลาคม 2558 มีจำนวนทั้งหมด 80 ราย อายุระหว่าง 30-80 ปี อายุเฉลี่ย 56.15 ปี เป็นเพศชาย 41 ราย เพศหญิง 39 ราย แบ่งตามระยะของโรคเป็นระยะที่ 1 จำนวน 23 ราย ระยะที่ 2 จำนวน 17 ราย ระยะที่ 3 จำนวน 19 ราย และระยะที่ 4 จำนวน 21 ราย

Degree of differentiation แบ่งเป็น well differentiation 12 ราย moderately differentiation 61 ราย และ poorly differentiation 7 ราย

Tumor thickness แบ่งเป็น ความหนาของมะเร็งน้อยกว่า 10 มิลลิเมตร จำนวน 25 ราย และความหนาของมะเร็งมากกว่าหรือเท่ากับ 10 มิลลิเมตร จำนวน 55 ราย

Tumor size แบ่งเป็น ขนาดของมะเร็งน้อยกว่า 2 เซนติเมตร จำนวน 20 ราย และขนาดของมะเร็งมากกว่าหรือเท่ากับ 2 เซนติเมตร จำนวน 60 ราย

Lymphovascular invasion มะเร็งมีการลุกลามเข้าสู่ระบบหลอดเลือดและน้ำเหลืองจำนวน 48 ราย และไม่มีการลุกลามเข้าสู่ระบบหลอดเลือดและน้ำเหลืองจำนวน 32 ราย

ส่วนการกระจายของมะเร็งไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอนั้น มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ 35 ราย และไม่มีการกระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ 45 ราย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 80)

เพศ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ชาย	41	61.2
หญิง	39	38.8
Stage		
I	23	28.8
II	17	21.2
III	19	23.8
IV	21	26.2
Degree of differentiation		
Well differentiation	12	15.0
Moderately differentiation	61	76.0
Poorly differentiation	7	8.8
Tumor thickness		
< 10 mm.	25	31.2
≥ 10 mm.	55	68.8
Tumor size		
< 2 cm.	20	25
> 2 cm.	60	75
Lymphovascular invasion		
Positive	48	60
negative	32	40
Cervical lymph node metastasis		
Positive	35	43.8
negative	45	56.2

ส่วนปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคานั้น degree of differentiation มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004)

Tumor thickness มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.004)

Tumor size มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.003)

Lymphovascular invasion มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.006) โดยปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอได้ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกระจายของมะเร็งลุกลามไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

ปัจจัย	Cervical lymph node metastasis		P - value
	Positive จำนวน	Negative จำนวน	
Degree of differentiation			
Well differentiation	1	11	0.004
Moderately differentiation	28	33	
Poorly differentiation	6	1	
Tumor thickness			
< 10 mm.	5	20	0.004
≥ 10 mm.	30	25	
Tumor size			
< 2 cm.	3	17	0.003
> 2 cm.	30	28	
Lymphovascular invasion			
Positive	27	21	0.006
negative	8	24	

วิจารณ์

การรักษามะเร็งลิ้นในปัจจุบันคือการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอถึงแม้จะกล่าวไม่พบต่อมน้ำเหลืองที่คอใดจากการตรวจร่างกายก็ตาม เนื่องจากอุบัติการณ์ของการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอคือร้อยละ 20.0 ดังนั้น การศึกษาปัจจัยของมะเร็งลิ้นที่มีการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอจึงมีความสำคัญในการรักษา

จากการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นจำนวน 80 ราย ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ พบว่า degree of differentiation มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) คือ poorly differentiation มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอบริเวณลำคอมากกว่า well differentiation และ moderately differentiation ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา²⁰⁻²³ ส่วน Tumor thickness มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.004$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Trehan²⁰, Alkaisi²¹, Haksever²³ และ S²⁴ ดังนั้น tumor thickness จึงถือว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ แต่ทั้งนี้ทั้งนั้น มีความแตกต่างเรื่องของจุดตัดของ tumor thickness ในแต่ละการศึกษา จุดตัดของ tumor thickness ในการศึกษาของ Trehan²⁰ คือ 5 มิลลิเมตร Alkaisi²¹ คือ 4 มิลลิเมตร Haksever²³ แบ่งเป็น 3 ช่วงคือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 มิลลิเมตร 5 ถึง 10 มิลลิเมตร และ มากกว่า 10 มิลลิเมตร ส่วน S²⁴ มีจุดตัดที่ 3 มิลลิเมตร ในการศึกษาที่มีจุดตัดของ tumor thickness ที่ 10 มิลลิเมตร เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งลิ้นที่มาได้รับการรักษามีความรุนแรงของมะเร็งลิ้นค่อนข้างมาก มีอัตราการเกิดเป็นซ้ำบ่อย อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาที่บอกถึงจุดตัดที่ชัดเจนของ tumor thickness ที่บอกถึงการคาดการณ์ปัจจัยของมะเร็งลิ้นและลำคอที่มีผลต่อการแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ

ส่วน tumor size ในการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.003$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldson²² แต่ในหลายการศึกษาพบว่า tumor size ไม่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งลิ้นและลำคอไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ซึ่งอาจเกิดจากจุดตัดของ tumor size ที่แตกต่างกัน โดยในการศึกษาที่ใช้จุดตัดของ tumor size ที่ 2 เซนติเมตร เนื่องจากมะเร็งลิ้นเป็นโรคที่มีความรุนแรงค่อนข้างมาก ดังที่กล่าวมาแล้ว อย่างไรก็ตาม ยังไม่เคยมีการศึกษาที่บอกถึงจุดตัดที่ชัดเจนของ tumor size เช่นเดียวกัน

ในเรื่องของ Lymphovascular invasion มีความสัมพันธ์กับการกระจายของมะเร็งลิ้นไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.006$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goldson²² แต่การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า lymphovascular invasion ไม่มีผลต่อการกระจายของมะเร็งลิ้นและลำคอไปยังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ ซึ่งอาจเกิดจากปริมาณตัวอย่างที่น้อยกว่าการศึกษานี้

จากการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ degree of differentiation, tumor thickness, tumor size และ lymphovascular invasion ทำให้ทราบถึงปัจจัยในการแพร่กระจายของมะเร็งลิ้นมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอ และทราบถึงการพยากรณ์โรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลิ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาในการผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้น โดยตรวจร่างกายคลำไม่พบต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอใด

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังและไปข้างหน้า ซึ่งผู้ศึกษาเห็นความสำคัญในการทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอเพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษา จึงกำลังดำเนินการศึกษาแบบไปข้างหน้าต่อไป มีการควบคุมที่ดี ซึ่งจะช่วยให้ผลการศึกษาน่าเชื่อถือต่อไป

สรุป

การศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการแพร่กระจายมายังต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอในผู้ป่วยมะเร็งลิ้นชนิด squamous cell carcinoma ที่ได้รับการผ่าตัดลิ้นร่วมกับการผ่าตัดเลาะต่อมน้ำเหลืองบริเวณลำคอคือ degree of differentiation, tumor thickness, tumor size และ lymphovascular invasion อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งทำให้ทราบถึงการพยากรณ์โรคและอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลิ้น ซึ่งจะเป็ประโยชน์ในการวางแผนการรักษาสำหรับโรค คอ นาสิกแพทย์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมภพ แสงกิตติไพบุลย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมะเร็งลพบุรี และคุณสุรินทร์ อวดร่าง หัวหน้ากลุ่มงานวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยี ที่ให้การสนับสนุนด้านความรู้และคำแนะนำทางวิชาการที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษานี้

References

1. Brandizzi D, Gandolfo M, Velazco ML, Cabrini RL, Lanfranchi HE. Clinical features and evolution of oral cancer : A study of 274 cases in Buneos Aires, Argentina. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2008;13:544-8.
2. Stewart BW, Greim H, Shuker D, Kauppinen T. Defence of IARC monographs. Lancet 2003;361:1300.
3. Ayaz B, Saleem K, Azim W, Shaikh A. A clinico-pathological study of oral cancers. Biomedica 2011;27:29-32.
4. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. Cancer statistics, 1999 CA cancer J Clin. 1999;49:8-31.
5. Tytor M, Olofsson J. Prognostic factors in oral cavity carcinomas. Acta Otolaryngol Suppl 1992;492:75-8.
6. Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Haughey B, Chao C, Marks J. Analysis of treatment results for oral tongue cancer. Laryngoscope 2002;112:616-25.

7. Le Tourneau C, Velten M, Jung GM, Bronner G, Flesch H, Borel C. Prognostic indicators for survival in head and neck squamous cell carcinomas : analysis of a series of 621 cases. *Head Neck* 2005; 27:801-8.
8. De Zinis LO, Bolzoni A, Piazza C, Nicolai P. Prevalence and localization of nodal metastases in squamous cell carcinoma of the oral cavity : role and extension of neck dissection. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2006; 263:1131-5.
9. Ferlito A, Rinaldo A, Devaney KO, Nakashiro K, Hamakawa H. Detection of lymph node micrometastases in patients with squamous carcinoma of the head and neck. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2008; 265:1147-53.
10. Ferlito A, Rinaldo A, Devaney KO, MacLennan K, Meyers JN, Petruzzelli GJ, et al. Prognostic significance of microscopic and macroscopic extracapsular spread from metastatic tumor in the cervical lymph nodes. *Oral Oncol* 2002;38:747-51.
11. Magnano M, De Stefani A, Lerda W, Usai A, Ragona R, Bussi M, et al. Prognostic factors of cervical lymph nodes metastasis in head and neck squamous cell carcinoma. *Tumori* 1997;83:922-6.
12. Mamelle G, Pampurik J, Luboinski B, Lancar R, Lusinci A, Bosq J. Lymph node prognostic factors in head and neck squamous cell carcinomas. *Am J Surg* 1994;168:494-8.
13. Weiss MH, Harrison LB, Isaacs RS. Use of decision analysis in planning and management strategy for the stage N0 neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1994;120:699-702.
14. Capote A, Escorial V, Munoz-Guerra MF, Rodriguez-Campo FJ, Gamallo C, Naval L, et al. Elective neck dissection in early-stage oral squamous cell carcinoma-does it influence recurrence and survival? *Head Neck* 2007; 29:3-11.
15. Pimenta Amaral TM, Da Silva Freire AR, Carvalho AI, Pinto CA, Kowalski LP. Predictive factors of occult metastasis and prognosis of clinical stage I and II squamous cell carcinoma of the tongue and floor of mouth. *Oral Oncol* 2004;40:780-6.
16. Byers RM, El-Naggar AK, Lee YY, Rao B, Fornage B, Terry NH, et al. Can we detect or predict the presence of occult nodal metastases in patients with squamous carcinoma of the oral tongue? *Head Neck* 1998; 20:138-44.
17. Yu S, Li J, Li Z, Zhang W, Zhao J. Efficacy of supraomohyoid neck dissection in patients with oral squamous cell carcinoma and negative neck. *Am J Surg* 2006;191:94-9.
18. Lim YC, Kim JW, Koh YW, Kim K, Kim HJ, Kim KM, et al. Perivascular-submandibular lymph node metastasis in squamous cell carcinoma of the tongue and floor of mouth. *Eur J Surg Oncol* 2004; 30:692-8.
19. Fasunla AJ, Greene BH, Timmesfeld N, Wiegand S, Werner JA, Sesterhenn AM. A meta-analysis of the randomized controlled trials on elective neck dissection versus therapeutic neck dissection in oral cavity cancers with clinically node-negative neck. *Oral Oncol* 2011; 47:320-4.
20. Trehan SK, Patel K, Shukla H, Tripathi U, Tadaiya M. The effect of depth of invasion and tumour size on risk of neck node metastasis in squamous cell carcinoma of oral cavity : retrospective analysis. *Journal of Research in Medical and Dental Science*. 2015;3:3.
21. Alkai A, Zaidan HA, Kabtan I. The predictive value of tumor depth for cervical lymph node metastasis in oral squamous cell carcinoma; prospective and retrospective study in Iraq. *J Cancer Sci Ther*. 2014;6:253-7
22. Goldson TM, Han Y, Knight KB, Weiss HL, Resto VA. Clinicopathological predictors of lymphatic metastasis in HNSCC : implications for molecular mechanisms of metastatic disease. *J Experi Ther Oncol* 2010;8:211-21.
23. Haksever M, Inancil HM, Tuncel U, Kukcuoglu SS, Uyar M, Genc O, et al. The effects of tumor size, degree of differentiation, and depth of invasion on the risk of neck node metastasis in squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Ear Nose Throat J* 2012; 91:130-5.
24. S V, Rohan V. Cervical node metastasis in T1 squamous cell carcinoma of oral tongue-pattern and the predictive factors. *Indian J Surg Oncol* 2014;5:104-8.
25. Kurokawa H, Yamashita Y, Takeda S, Zhang M, Fukuyama H, Takahashi T. Risk factors for late cervical lymph node metastases in patients with stage I or II carcinoma of the tongue. *Head Neck* 2002;24:731-6.
26. d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, Kulcsar MA, Cernea CR, Brandao LG, et al. Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. *Braz J Otorhinolaryngol* 2015;81:248-54.
27. Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y, Nakamura S. Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastasis in tongue carcinoma. *Head Neck* 1997;19:205-10.
28. Mucke T, Kanatas A, Ritschl LM, Koerdt S, Tannapfel A, Wolff KD, et al. Tumor thickness and risk of lymph node metastasis in patients with squamous cell carcinoma of the tongue. *Oral oncol* 2016;53:80-4.
29. Burusapat C, Jarungroongruangchai W, Charoenpitakchai M. Prognostic factors of cervical node status in head and neck squamous cell carcinoma. *World J Surg Oncol* 2015; 31: 51.